

6. Короткевич, П.Е. Выбор объема хирургического вмешательства при папиллярном раке щитовидной железы / П.Е. Короткевич, Ю.Е. Демидчик, В. В. Барьяш. – Медицина, 2014. – С. 51–57.

УДК 616.711-002

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ГНОЙНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Корнилов А.В., Петухов В.И., Кубраков К.М., Юпатова Т.Г.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Неспецифические гнойные заболевания позвоночника (НГЗП) представляют собой патологические процессы, сопровождающиеся воспалительным поражением структур позвоночного столба, межпозвонкового диска с развитием спондилита, спондилодисцита, эпидурита и/или их сочетаний, вызванных неспецифической микрофлорой [1].

В зависимости от состояния макроорганизма при гнойно-воспалительных заболеваниях возникают различные нарушения клеточного и гуморального иммунитета [2,3].

Своевременная диагностика и установление типа иммунодефицита позволяет проводить иммунокоррекцию, что в современном комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний является неотъемлемым компонентом [4].

Цель. Изучить особенности иммунологического статуса у пациентов с неспецифическими гнойными заболеваниями позвоночника.

Материал и методы. Изучены показатели иммунограмм у 24 пациентов с НГЗП. У 21 (87,5%) пациента был выставлен диагноз спондилодисцит, у 3 (12,5%) - спинальный эпидуральный абсцесс. Средний возраст пациентов составил 63,2 (58,2 - 67,6) лет. Мужчин среди них было 14 (58%), женщин - 10 (42%).

В качестве группы сравнения была взята иммунограмма у 20 пациентов без воспалительных изменений. По возрастному и половому составу группы были сопоставимы.

Для проведения иммунологических исследований проводили забор крови в количестве 20 мл из локтевой вены. Забор крови осуществляли в утренние часы (с 8.00 до 9.00) натощак. У пациентов основной группы исследование проводили до начала лечения.

При иммунологическом исследовании определяли содержание в сыворотке крови $CD3^+$ Т-лимфоцитов, активных Т-лимфоцитов, $CD4^+$ Т-хелперов, $CD8^+$ Т-супрессоров, $CD22^+$ В-лимфоцитов, иммуноглобулинов G (IgG), A (IgA), M (IgM), циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Иммунорегуляторный индекс (ИРИ) рассчитывали как соотношение содержания в крови Т-хелперов к Т-супрессорам. Определяли фагоцитарный индекс (ФИ) и фагоцитарное число (ФЧ).

Статистическая обработка полученных результатов выполнена в программе Statistica 10.0. Данные предоставлены в виде медианы и интерквартильного интервала Me [LQ-UQ]. Для сравнения выборок применялся тест Манна - Уитни.

Результаты исследования. При анализе полученных результатов было выявлено, что у пациентов с НГЗП общее содержание Т-лимфоцитов ($CD3^+$) в крови - 44,0% [42,0 - 48,5] статистически достоверно ниже ($p < 0,001$), чем у здоровых лиц - 58,5% [58 - 61]. В то же время содержание в крови у пациентов с НГЗП активных Т-лимфоцитов было несколько выше - 28% [25 - 30,5], чем у лиц контрольной группы - 26,5% [24 - 29,5] ($p=0,53$).

У пациентов с НГЗП отмечалось угнетение субпопуляций CD4⁺ Т-хелперов и CD8⁺ Т-супрессоров. При сравнении данных показателей с аналогичными у здоровых лиц выявлено статистически значимые различия как для содержания Т-хелперов (28% [25 - 31] - у пациентов с НГЗП и 41,5% [38,5 - 45,5] - у здоровых лиц; $p < 0,001$), так и для Т-супрессоров (16% [14 - 19] - у пациентов с НГЗП и 22% [20,5 - 24,5] - у лиц контрольной группы; $p < 0,001$). Однако на фоне снижения как CD4⁺, так и CD8⁺ субпопуляций Т-лимфоцитов у пациентов с НГЗП, ИРИ оставался в пределах нормы - 1,77 [1,3 - 2,25] и статистически не отличался от такового у лиц группы сравнения - 1,83 [1,73 - 2,12].

Содержание CD22⁺ В-лимфоцитов в крови пациентов с НГЗП не выходило за пределы нормы - 19,5% [17 - 22] и статистически не отличалось ($p=0,64$) от такового у людей без гнойно-воспалительных заболеваний - 20% [18 - 21,5].

При анализе содержания различных фракций иммуноглобулинов (IgG, IgA, IgM) в крови пациентов с НГЗП выявлено статистически значимое ($p=0,005$) снижение содержания IgG - 11,57 г/л [10,3 - 17,97] по сравнению со здоровыми лицами - 17,45 г/л [15,55 - 18,55]. Фракции IgA и IgM оставались в пределах нормы.

Проявление воспалительной реакции у пациентов с НГЗП характеризовалось повышением содержания ЦИК 92 ед [71 - 119], что являлось статистически достоверным отличием ($p < 0,001$) иммунного статуса от лиц без воспалительного очага в позвоночнике - 37 г/л [26 - 55,5]. Показатели ФИ и ФЧ у пациентов с НГЗП оставались в пределах нормы и статистически не отличались от данных показателей у здоровых лиц.

Таблица 1. Показатели иммунологического статуса у пациентов с НГЗП и здоровых лиц.

Показатель	Пациенты с НГЗП	Здоровые лица	Значения p
Т-лимфоциты CD3 ⁺ (%)	44,0 [42 - 48,5]	58,5 [58 - 61]	0,000001
Т-лимфоциты активные (%)	28 [25 - 30,5]	26,5 [24 - 29,5]	0,53
Т-хелперы CD4 ⁺ (%)	28 [25 - 31]	41,5 [38,5 - 45,5]	0,0000001
Т-супрессоры CD8 ⁺ (%)	16 [14 - 19]	22 [20,5 - 24,5]	0,000006
ИРИ	1,77 [1,3 - 2,25]	1,83 [1,73 - 2,12]	0,32
В-лимфоциты CD22 ⁺ (%)	19,5 [17 - 22]	20 [18 - 21,5]	0,64
Ig G (г/л)	11,57 [10,3 - 17,97]	17,45 [15,55 - 18,55]	0,005
Ig A (г/л)	2,66 [2,12 - 3,08]	2,1 [1,57 - 3,4]	0,37
Ig M (г/л)	1,1 [0,79 - 1,4]	1,2 [0,83 - 1,8]	0,3
ЦИК (ед.)	92 [71 - 119]	37 [26 - 55,5]	0,0000005
ФИ (%)	80,5 [66,5 - 85]	79,5 [73 - 87]	0,49
ФЧ	9,1 [7,4 - 9,9]	10,95 [8,25 - 11,9]	0,051

Выводы

Для пациентов с НГЗП, в отличие от здоровых лиц, характерно развитие комбинированного типа иммунных расстройств, что подтверждалось достоверным снижением общего содержания в крови Т-лимфоцитов (44,0% [42 - 48,5] и 58,5% [58 - 61] соответственно, $p < 0,001$), CD4⁺ Т-хелперов (28% [25 - 31] и 41,5% [38,5 - 45,5], $p < 0,001$) и CD8⁺ Т-супрессоров (16% [14 - 19] и 22% [20,5 - 24,5], $p < 0,001$), гипои́ммуноглобулинемией по Ig G (11,57 г/л [10,3 - 17,97] и 17,45 г/л [15,55 - 18,55], $p=0,005$), а также повышением содержания в крови ЦИК (92 ед [71 - 119] и 37 ед [26 - 55,5], $p < 0,001$).

Литература:

1. Гончаров, М. Ю. Синдром системного воспалительного ответа в хирургическом лечении неспецифических гнойных заболеваний позвоночника / М. Ю. Гончаров // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. – 2012. – №4 (86). – С. 39–42.

2. Вишневский, А.А. Выбор иммуномодулирующей терапии при неспецифическом остеомиелите позвоночника / А.А. Вишневский, А.Б. Орлов, С.А. Тиходеев // Вестн. хирургии. – 2006. – №2 (165). – С. 32–36.

3. Выхристенко, Л.Р. Клиническое значение дефицитов иммуноглобулинов у взрослых / Л.Р. Выхристенко, В.В. Янченко, Д.К. Новиков // Междунар. обзоры: клин. практика и здоровье. – 2013. – № 5. – С. 21–31.

4. Вишневский, А.А. К вопросу об оценке иммунологического статуса у больных с неспецифическим остеомиелитом позвоночника / А. А. Вишневский, А. М. Орлов // Вестн. хир. – 2004. – № 5. – С. 73–78.

УДК 616.216.1-06-058.86

РИНОСИНУСОГЕННЫЕ ОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Куницкий В.С.,¹ Королькова Н.К.¹, Якимцова А.В.²

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Витебский областной детский клинический центр»²

Введение. Сохраняющаяся в настоящее время высокая распространенность острых синуситов, определяет риск развития разнообразных осложнений, и в первую очередь у детей – орбитальных риносинусогенных осложнений [1, 2, 3, 5]. Развитие орбитальных осложнений у детей зависит от возраста и анатомо-топографических соотношений между глазницей и вовлеченными в воспалительный процесс околоносовыми пазухами [3, 5]. Негнойные и гнойные риносинусогенные орбитальные осложнения у детей приводят к ухудшению прогноза заболевания, снижению или потере зрения. В детской практике наиболее часто орбитальные осложнения встречаются у детей до 6-ти летнего возраста и составляют от 0.8 до 8% в общей структуре оториноларингологической патологии [3]. Причиной осложнений являются острые гнойные этмоидиты – у детей до 3-х летнего возраста, а у более старших детей фронтиты и реже верхнечелюстные синуситы [4].

Диагностика риносинусогенных орбитальных осложнений основана на изучении клинических проявлениях, данных лабораторного исследования, результатах офтальмологического исследования, заключении врача рентгенолога по результату рентгенологического исследования околоносовых пазух [5]. В последнее время в диагностике основное значение наряду с клиническими и лабораторными проявлениями отводится компьютерной томографии черепа и околоносовых пазух [3, 5, 6].

Цель исследования. Изучить клинические проявления, диагностику и лечение риносинусогенных орбитальных осложнений в условиях оториноларингологического стационара для детей.

Материал и методы. Нами изучены медицинские карты стационарных пациентов, проходивших лечение в оториноларингологическом отделении УЗ Витебский областной детский клинический центр с 2014 по 2017 годы.

Риносинусогенные орбитальные осложнения были диагностированы у 49 детей, что составило 9,8% от всех пациентов, поступивших в стационар по поводу острого синусита. Из них: 35 – девочки (71.4%), 14 – мальчики (29.6 %) ($p < 0.05$). Средний возраст 6.4 ± 0.8 года.

Острый синусит диагностирован у 46 пациентов (93.8%), хроническая форма – у 3 детей (6.2%) ($p < 0.01$). Что согласуется с данными ряда авторов о преимущественных острых формах синуситов, приводящих к орбитальным осложнениям [4, 5].

Всем пациентам проводилась комплексная диагностика орбитальных осложнений с применением клинических методов (общий анализ крови, биохимический анализ крови,